Revisione delle relazioni tra economia e prevenzione nell'odontoiatria italiana.

Marco Bertazzoni

Aprile 2013

1) INTRODUZIONE

L'attuale crisi economica ha indotto molti pazienti a non ricorrere alle cure odontoiatriche, cure che in Italia sono gestite quasi esclusivamente dal settore privato.

Questo aggrava ulteriormente il fatto che storicamente nel nostro Paese si registra un basso livello di accessi alle prestazioni odontoiatriche ed un insoddisfacente livello di cultura della salute orale.

Anche in assenza di diffuse campagne pubbliche di educazione alla prevenzione delle patologie odontoiatriche si è verificato negli ultimi lustri un auspicabile e sostanziale calo della patologia odontoiatrica nella popolazione, eccettuate alcune categorie a rischio.

Tale calo è dovuto ad una modifica culturale con diffusione di abitudini igieniche corrette, anche se è necessario un miglioramento ulteriore per il futuro.

In questo contesto si inseriscono argomentazioni di tipo economico e di previsione sulla offerta odontoiatrica pubblica e privata, sulla prevenzione, sulla previdenza obbligatoria e sul numero di nuovi laureati.

2) ANDAMENTO PATOLOGIA ODONTOIATRICA

Odontoiatria pioniera del concetto di medicina preventiva (*dentistry pioneer in the concept of preventive medicine*), così il Presidente dell'OMS Margaret Chan ha detto della professione odontoiatrica.[1]

Un riconoscimento importante, con significato storico ed attuale, in relazione alla riduzione della frequenza di patologia al cavo orale a livello globale negli ultimi decenni. La collaborazione tra OMS, FDI e IADR prevede periodicamente specifici obiettivi di salute al cavo orale da raggiungere, così è stato per l'anno 2000 e per il 2010, in quelli per il 2020 è presente una visione più ampia della salute orale nel contesto della salute generale dell'individuo.[2]

Uno degli indici in uso dall'OMS per valutare la salute del cavo orale è il DMFT 12 years old (Decayed, Missing, Filled, Teeth) il quale misura la prevalenza dei denti cariati, persi ed otturati esistente in un dato momento su un popolazione di 12 anni di età. L'indice DMFT 12 years old fornisce il valore della diffusione della carie ed in Italia ha i seguenti valori di trend:

Trend prevalenza carie in Italia.[7]

Anno	1979	1986	1991	1996	2004-2005	2007[17]
DMFT 12 years old	6,9	4,9	2,9	2,12	1,1	1,09
Variazione in %	--	-28,98%	-40,82%	-27,59%	-47,62%	-0,91%

Obiettivo OMS per il 2010: DMFT 12 years old <1

E' presente un netto miglioramento, ma nel 2007 in Italia la popolazione di 12 anni di età ha un DMFT di 1,09 (denti cariati DT=0,71), il 43,1% ha denti cariati, il 28,7% ha tartaro ed il 23,8% ha sanguinamento alle gengive con significative differenze tra Nord e Sud.[17]

C'è da considerare che la patologia cariosa e più in generale quella al cavo orale negli anni '80 era spalmata su tutta la popolazione mentre oggi è concentrata in alcuni soggetti che innalzano inevitabilmente la prevalenza generale, un indicatore epidemiologico per valutare questa particolare distribuzione è il SiC Index (Significant Caries Index) in cui si calcola il DMFT medio sul terzo della popolazione con il più alto valore di DMFT.[35] Nel 2007 il SiC Index in Italia ha una media (± SD) di 2,99 ± 1,75 (p-value < 0,05).[17]

3) ACCESSIBILITA' ALLE CURE

Disagiate condizioni socio-economiche e culturali aumentano frequenza e gravità della patologia al cavo orale.[3, 4] Ad ulteriore conferma di ciò in Italia nel 2007 il DMFT ha un valore inversamente proporzionale al prodotto nazionale lordo pro capite.[17] Dall'85,9% al 95% delle prestazioni odontoiatriche in Italia è erogato da soggetti privati, pagati direttamente dal paziente *out of pocket*,[9, 13] oppure in misura minore con polizze assicurative private di vario tipo. Per comprendere le successive argomentazioni c'è da tenere ben presenti i valori appena dichiarati.

Appare evidente che chi soffre maggiormente di problemi al cavo orale generalmente non può permettersi l'onere delle cure, ossia non è presente l'accessibilità per motivi economici. C'è da dire anche che un numero significativo di persone affette da patologia al cavo orale non ricorre alle cure odontoiatriche per altri motivi (culturali e psicologici).

In età evolutiva le etnie non europee in Italia hanno un DMFT maggiore rispetto ad etnie europee (1,20 vs. 1,0; p=0,31),[17] questo dovuto generalmente alla assenza di abitudini igieniche corrette al cavo orale ed abitudini alimentari.

In seguito alla crisi economica nel 2012 il 18% degli italiani dichiara di avere dovuto rinunciare per motivi economici a prestazioni sanitarie come visite specialistiche o cure odontoiatriche.[12]

Nel 2003 uno studio CENSIS commissionato dall'ANDI su 1.500 famiglie rileva soddisfazione delle stesse nel livello qualitativo delle prestazioni erogate dai dentisti privati.[42] Anche se nel 2005 un apposito studio dell'ISTAT rivolto a 60 mila famiglie (finanziato prevalentemente dal Fondo Sanitario Nazionale) rileva *forti diseguaglianze nell'accesso alle cure odontoiatriche*.[13]

Il problema dell'accessibilità alle cure in questi ultimi lustri è stato in parte risolto dallo Stato e dal mercato:

- lo Stato ha eliminato per legge i tariffari minimi delle prestazioni professionali,[18-20]
- le Regioni hanno aumentato l'offerta di prestazioni favorendo l'accreditamento con il Ssn di strutture odontoiatriche *low cost* gestite da privati,
- le Regioni hanno finanziano le prestazioni odontoiatriche comprese nei LEA (*programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità*) erogate in strutture accreditate

fornendole gratuitamente,
- lo Stato ha aumentato progressivamente il numero di laureati in odontoiatria incrementando progressivamente negli anni le quote di accesso al corso di laurea,
- lo Stato ha incentivato la formazione di specifici fondi integrativi sanitari (senza oneri per il Ssn),
- varie associazioni di categoria dei dentisti hanno creato tariffari calmierati per soggetti indigenti,
- i Paesi dell'Est hanno sviluppato un vivace turismo dentale con terapie odontoiatriche *low cost*, per la mole delle prestazioni effettuate in alcuni casi queste prestazioni rappresentano una importante entrata economica per i Paesi medesimi.

4) OFFERTA ODONTOIATRIA PUBBLICA

In tutti i casi visti poco sopra non si tratta di educazione alla salute, al più viene delegato alla buona volontà dei professioni sanitari il compito deontologico, ragionando in termini meramente economici molto più probabilmente in questi modi è stata coperta una porzione di mercato dimenticata.
Ma quanto il sistema pubblico è intervenuto fornendo direttamente o indirettamente prestazioni odontoiatriche ai cittadini? Nel 2010 sono state erogate nelle varie Regioni in totale di 5.844.971 prestazioni nella branca odontostomatologia/chirurgia maxillo-facciale tra strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. In totale in Italia vi sono 107.488 dirigenti medici ed odontoiatri dipendenti dal Ssn di cui 149 laureati in odontoiatria, ossia lo 0,14% (zero virgola quattordici) dei dirigenti medici è laureato in odontoiatria.[36] Vi sono anche da conteggiare un totale di 140 igienisti dentali.[37]
Molti dei dirigenti che lavorano come dentisti sono laureati in medicina quando ancora potevano essere abilitati ad esercitare l'odontoiatria per un totale di 1.094 dirigenti, in aggiunta a questi ma con un impegno orario lavorativo settimanale inferiore vi sono 2.114 specialisti ambulatoriali. In Italia si hanno a disposizione in ambito pubblico 2.729 riuniti odontoiatrici (*poltrone del dentista*).[37]
Come classificazione dei modelli di assistenza sanitaria odontoiatrica in Europa l'Italia è al pari di Spagna, Portogallo ed in qualche modo anche Grecia nel *modello sud-europeo*, modello di tipo privato in cui il paziente paga di proprio conto le spese odontoiatriche delegando ai liberi professionisti le cure e sempre alla loro buona volontà la prevenzione. Situazione ben diversa dalla Svezia di metà anni '90 in cui su 8.900 dentisti 4.700 lavorano per il Pubblic Dental Service (oggi Public Dental Health Service),[38] con recentemente la figura professionale di igienista dentale emergente.
Al 31 Dicembre 2012 gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri in Italia erano 58.242 (tra laureati in medicina e laureati i odontoiatria) stando al Centro Elaborazioni Dati della FNOMCeO,[39] il 5% circa lavora quale dentista in struttura pubblica (come dirigente o come specialista ambulatoriale). In Italia c'è un iscritto all'Albo degli Odontoiatri ogni 1.040 abitanti (al 1° Gennaio 2011 risultano residenti in Italia 60.626.442 abitanti)[41], situazione ben diversa dagli standard previsti dall'OMS con uno ogni 2.000 ma in linea con svariate altre realtà europee. Sotto i 40 anni c'è una prevalente componente femminile tra gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri, dato significativo per la gestione della professione.
I sistemi di management della salute a livello internazionale nell'odontoiatria pubblica selezionano l'erogazione di interventi con elevato impatto, basati sull'evidenza e con priorità ai gruppi ad elevato rischio. Sono interventi economicamente convenienti (con valutazione economica tramite analisi di costo-efficacia, costo-beneficio, costo-utilità, minimizzazione del costo)[45] rispetto a terapie più complesse e consentono un beneficio in salute nel futuro.
In Italia tramite i LEA è incentivata l'erogazione di prestazioni con evidenza scientifica a categorie di soggetti particolari (fino all'età evolutiva e socialmente vulnerabili), in particolare prestazioni di sigillature in età pediatrica e di ablazioni tartaro, non essendo una pratica attuata la fluorizzazione delle acque. L'odontoiatria pubblica italiana appare sottodimensionata rispetto alle esigenze. Con tutta la buona volontà dei ca. 3.200 dentisti che lavorano nel pubblico (la maggior parte dei quali a tempo

parziale) e con la dotazione strumentale di ca. 2.700 riuniti su base nazionale è impensabile soddisfare le esigenze della popolazione anche facendo riferimento alle sole categorie a rischio sopracitate.

5) OFFERTA ODONTOIATRIA PRIVATA

Come già rilevato il settore odontoiatrico in Italia è storicamente per il 90-95% in mano al settore privato, quindi una situazione ben diversa da tutta la restante parte del sistema sanitario nazionale un tempo orientato all'assistenzialismo. Il settore rappresenta il 10% di tutta la spesa sanitaria (poco meno dell'1% del PIL).[40]

Nel 2004 secondo i dati del Ministero dell'Economia erano attivi 36.999 studi dentistici, nel 2007 40.435 con un incremento degli studi di piccole dimensioni e un rapporto di uno studio dentistico per 1,3 iscritti all'Albo Odontoiatri.[40] Per i dati sopra citati è presente al 2007 uno studio ogni 1.462 abitanti (i residenti in Italia al 1° Gennaio 2007 erano 59.131.287)[41], una situazione quindi molto frammentata.

Negli anni si è passati da un accesso alla professione molto protetto ad uno più aperto, la variazione nel tempo è ben rappresentata dal numero di nuovi iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Trend iscritti Albo Odontoiatri, dati FNOMCEO[39, 40]

Anno	Iscritti Albo Odontoiatri	Variazione percentuale
2000	39.601	--
2006	51.975	+ 23,81 %
2012	58.242	+ 10,76 %

Nel 2009 si evidenzia una riduzione dei margini di redditività del settore odontoiatrico e della professione, aumento della competizione per l'offerta, diminuzione del numero di persone che ricorrono a prestazioni odontoiatriche, aumento dei costi per materiali e attrezzature.[40] Trend ad oggi invariato, complice anche la profonda crisi economica. Inoltre i rischi di natura economica per l'apertura di un nuovo studio portano gli odontoiatri più giovani a collaborazioni in più studi o presso organizzazioni sanitarie private.

Con i dati ISTAT ricavati dalla *spesa effettiva familiare per beni e servizi sanitari* voce *dentista*, è possibile calcolare l'ammontare della spesa nazionale per cure odontoiatriche:

Spesa effettiva delle famiglie italiane per il dentista ed ammontare totale.[10-12]

Anno	Spesa effettiva familiare per il dentista (dati ISTAT)	N° famiglie (dati ISTAT)	Spesa complessiva nazionale per cure odontoiatriche	Variazione percentuale	Fonte bibliografica
2000	673.089 £ /1936,27= 347,6 €	22.200.000	7.716.720.000 €	--	10
2008	378 €	24.641.200	9.314.373.600 €	+ 17,15 %	11
2012	n.d.	n.d.	Stima12.000.000.000 €	+ 22,38 %	12

L'aumento dei costi per le cure odontoiatriche e la contingente crisi economica hanno indotto i pazienti al fenomeno del turismo odontoiatrico e al rinunciare alle cure.

Alcuni economisti propongono per l'odontoiatria italiana, la quale soffre di una offerta eccessivamente frazionata, l'associazionismo con concentrazione dell'offerta nel modello statunitense, citando l'esempio di American Dental Partner (547 dentisti, 25 studi multiprofessionali, diffuso in 18 Stati, con 1.700.000 pazienti),[43] ciò consentirebbe l'utilizzo di strutture, attrezzature e personale condiviso, una mole

complessiva di lavoro maggiore con possibilità di sconti sui materiali con un finale abbattimento dei costi di gestione.

Le prime 5 strutture odontoiatriche in Italia per volume di ricavi[43] sono:

Prime 5 strutture odontoiatriche italiane per volume di ricavi in €.[43]

Nome	Volume di ricavi	Utile netto
Istituto Stomatologico Italiano	15.493.000	-268.000
Società Vacupan Italia	9.303.000	4.000
Pentadent	7.262.000	36.000
Dental Niguarda	6.256.000	89.000
Calabrodental	6.078.000	1.210.000

6) ANDAMENTO CASSA PREVIDENZIALE

Per quanto concerne la previdenza obbligatoria è importante rilevare che gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri contribuiscono in modo significativo alla cassa previdenziale ENPAM, comune per entrambi gli albi (medici ed odontoiatri).

Nei prossimi anni vi sarà il pensionamento del picco di laureati di fine anni '60, è prevedibile quindi una certa sofferenza della cassa previdenziale.

Iscritti ai fondi EMPAM suddivisi per classi di età.[44]

Classi di età	20-29	30-39	40-49	50-59	60 +	Tot.
N. iscritti attivi*	18.043	100.720	133.110	253.118	83.098	588.089
% di iscritti	3,07 %	17,13 %	22,63 %	43,04 %	14,13 %	100 %

*Fondo Generale “Quota A”, Fondo Libera Professione, Fondo Medici di Medicina Generale, Fondo Medici Ambulatoriali, Fondo Specialisti Esterni. È possibile che vi sia l'iscrizione a più fondi per il medesimo soggetto.

L'ENPAM così come l'INPS, applica come gestione delle casse previdenziali il *sistema a ripartizione delle pensioni*: in ogni periodo i contributi versati dai lavoratori attivi è destinato al pagamento delle pensioni dei lavoratori a riposo contemporanei, ossia dei pensionati in quel momento. Ben diverso da un sistema a capitalizzazione dove i contributi vanno su conti individuali.

Da segnalare che il 60% ca. delle uscite dell'ENPAM per l'erogazione di pensioni ordinarie, di invalidità ed ai superstiti al 31 Dicembre 2010 erano dedicate al Fondo Medici Medicina Generale, il 17% ca. al Fondo Generale Quota A, il 15% ca. al Fondo Medici Ambulatoriali.[44]

7) PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Le patologie al cavo orale hanno un impatto sociale, psicologico ed economico, oltre che sullo stato generale di salute della futura generazione. La loro prevenzione permette una migliore qualità della vita futura, con un risparmio economico, riduzione della morbilità e della disabilità correlate.

Oggi è diffusa nella popolazione la conoscenza che applicando corrette pratiche di educazione sanitaria è generalmente possibile mantenere in salute il cavo orale, anche se spesso non sono conosciute le esatte tecniche.

Tramite l'educazione e la promozione alla salute l'obiettivo della *prevenzione primaria* è presentare stili di vita corretta, educando con motivazione psicologica ad evitare quelli che sono i fattori di rischio

della malattie del cavo orale. Nella definizione di *salute orale* dell'OMS i fattori di rischio sono: scarsa igiene orale, dieta non sana, utilizzo del tabacco, abuso di alcolici:

> *Oral health is a state of being free from chronic mouth and facial pain, oral and throat cancer, oral sores, birth defects such as cleft lip and palate, periodontal (gum) disease, tooth decay and tooth loss, and other diseases and disorders that affect the oral cavity. Risk factors for oral diseases include unhealthy diet, tobacco use, harmful alcohol use, and poor oral hygiene.*[8]

La promozione della salute oltre a garantire una migliore qualità della vita permette un risparmio nell'erogazione futura di prestazioni sanitarie da parte dello Stato e svariati piani politici sono proposti dall'OMS e dalla Comunità Europea agli stati membri.[14-16] In molti di questi viene identificato nelle scuole il luogo migliore dove poter attuare tali politiche.[24-27]

Esistono anche progetti della Comunità Europea per fornire tempestivamente dati sulle patologie orali al fine di sostenere processi decisionali per la salute pubblica a livello comunitario, nazionale, sub-nazionale e locale.[33]

E' comunque presente scarsa volontà nei governi ad attuare politiche sanitarie di prevenzione odontoiatrica diffuse sul territorio e continuate negli anni, pur essendoci da parte di questi il riconoscimento sia dell'efficacia che delle future ricadute positive in termini di salute generale e qualità della vita della popolazione. In un editoriale la prestigiosa rivista medica *The Lancet* dichiara che la prevenzione odontoiatrica è negletta dalle politiche sanitarie di molti Paesi.[5,6]

Probabilmente il fatto che il beneficio in termini di salute con politiche di prevenzione primaria è valutabile oltre il normale mandato elettorale di un governo e l'economia che sottostà alle terapie odontoiatriche ne determina una sua non applicazione.

In Italia è presente dal 1961 una specifica normativa dedicata ai servizi di medicina scolastica per l'*educazione alla salute* ed il *rilievo di imperfezioni e malattie dentarie*.[21] Inoltre il Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) per gli anni 2010-2012[22] (prorogato al 31/12/2013[23]), alla voce *patologie orali* discute sulla importanza della prevenzione odontoiatrica:

> *Le patologie del cavo orale, associate in molti casi a scarsa igiene, ad una alimentazione non corretta, a stili di vita non salutari ed in associazione eventualmente con malattie cronico-degenerative, immunitarie ed infettive, influiscono negativamente sulla qualità di vita degli individui, specie in età evolutiva.*
>
> *Si tratta di malattie di cui è nota l'eziologia, la patogenesi, l'evoluzione e soprattutto gli alti costi sociali e che trovano nella prevenzione una misura fondamentale in termini di efficacia e favorevole rapporto costo-benefici.*
>
> *Appare, pertanto, chiaro il ruolo fondamentale della prevenzione in considerazione del fatto che una buona prevenzione odontostomatologica consente ricadute positive per altre patologie cronico-degenerative sistemiche.*
>
> *Nonostante i miglioramenti in termini dì salute orale globale, raggiunti negli ultimi anni, rimane ancora elevata la necessità di promuovere ulteriori interventi che mirino ad avere massima efficacia e, soprattutto, vedano coinvolte tutte le professionalità deputate al mantenimento ed al ripristino della salute orale.*
>
> *In particolare, la prevenzione delle lesioni cariose, della malattia parodontale e delle patologie delle mucose orali si rende obbligatoria alla stessa stregua degli interventi preventivi volti ad intercettare precocemente le patologie derivanti da disordini occlusali, soprattutto in età evolutiva.*
>
> *Quanto sopra, associato a misure di prevenzione per il carcinoma orale e l'edentulismo, parziale o totale, negli individui adulti, anche attraverso interventi di odontoiatria sociale e di comunità, preservano l'individuo da un punto di vista sistemico migliorandone, indubbiamente, la qualità della vita.*
>
> *Obiettivi e strumenti del presente PNP saranno:*

Obiettivi generali di salute	*Linee di supporto*	*Linee di intervento*
Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva	*Diffusione di linee operative per la gestione integrata delle patologie odontoiatriche, comprensive di interventi di prevenzione*	*Attivazione di programmi di prevenzione (igiene orale, alimentazione, fluoroprofilassi sistemica e topica, visite periodiche, ecc. in età evolutiva, in età adulta, in gravidanza, in età geriatria).*

Concretamente si realizza solo con la redazione di linee guida di supporto pubblicate sul sito del Ministero della Salute.[28-32]

Il finanziamento dello Stato per la voce prevenzione (valutabile per tutti gli ambiti della medicina) è il 5% del Fondo Sanitario Nazionale, per il 2012 corrisponde a € 5.398.034.000 su un totale di € 107.960.680.000[34] è prevista anche una struttura specificamente dedicata alla prevenzione e controllo delle malattie (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie - Ccm). C'è comunque da ricordare che le Regioni integrano il FSN con entrate proprie derivanti da specifiche imposte.

Ripartizione Fondo Sanitario Nazionale.[34]

Livello di assistenza	Sotto livello			Dati disponibili NSIS	Criteri di riparto*
Prevenzione	5,00%			No	popolazione non pesata
Distrettuale	51%	Medicina di base	7,00%	No	popolazione non pesata
		Farmaceutica	13,57%	Sì	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate
		Specialistica	13,30%	Sì (Tessera sanitaria- 2010)	popolazione pesata (v.Tabella pesi)
		Territoriale	17,13%	No	popolazione non pesata
Ospedaliera	44,00%			Sì (anagrafica SDO- 2009)	50% popolazione non pesata; 50% popolazione pesata (v.Tabella pesi)

*Criteri di riparto: Ai sensi dell'art.1, c.34 della L 662/96 sulla base delle frequenza dei consumi sanitari della popolazione residente, distintamente per Livelli Essenziali Assistenza e per fasce di età della popolazione stessa.

Tabella pesi.[34]

Livello di assistenza	Meno di 1 anno	Da 1 a 4 anni	Da 5 a 14 anni	Da 15 a 24 anni	Da 25 a 44 anni	Da 45 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Oltre 75 anni
Specialistica	0,391	0,288	0,341	0,382	0,627	1,123	2,155	2,136
Ospedaliera	3,184	0,364	0,234	0,371	0,544	0,923	2,047	2,844

Il valore più basso di DFMT 12 years old tra le nazioni più importanti è del Regno Unito, nel 2004-2005 e nel 2008-2009 il valore era 0,7[7]. Nel Regno Unito esiste dal 1948 il Public Oral Health Care System all'interno del National Health Service (NHS), i dentisti (General Denta Practiotioners, GDPs) ricevono dal NHS una quota annuale per bambini e ragazzi iscritti al loro elenco oltre che una quota per ogni adulto registrato e per ogni prestazione effettuata. Le cure sono gratuite per i pazienti fino ai 18 anni (o 19 se studente). Circa il 15% dei dentisti lavora per i Community Dental Service (CDS) o per gli Hospital Dental Service (HDS).

8) CONCLUSIONI

Il progressivo calo della patologia odontoiatrica e l'aumento dei professionisti che operano nel settore ha portato un aumento della qualità media offerta alla popolazione con un correlato aumento di costi per attrezzature e materiali ed una diminuita redditività della professione.

Soggetti in condizioni socio-economiche disagiate sono i maggiormente colpiti da patologia odontoiatrica, in un contesto come l'Italia in cui il 90% ca. delle prestazioni sono erogate da privati.

La rinuncia alle terapie (in particolare le più costose) da parte dei pazienti evidenzia un problema di accessibilità, non compensabile dalle strutture pubbliche o dalle poco attive assicurazioni private.

In Italia non vi sono mai stati interventi di prevenzione primaria odontoiatrica pubblica diffusi su tutto il territorio e costanti nel tempo. Condizione tutto sommato abbastanza comune tra le nazioni più

avanzate, tanto da far ritenere che l'odontoiatria è negletta dalle politiche sanitarie di molti Paesi.

Il costante aumento del numero dei professioni iscritti all'Albo degli Odontoiatri sarà indispensabile al mantenimento della cassa di previdenza obbligatoria, in vista dei prossimi pensionamenti di una quota rilevante di iscritti ai fondi e ben difficilmente vi potranno essere limiti al numero dei nuovi laureati.

Considerati gli andamenti economici generali della popolazione e specifici della Stato oltre che per una abitudine culturale, è poco probabile che vi saranno degli investimenti pubblici nella prevenzione odontoiatrica od un aumento dei servizi terapeutici offerti dal pubblico alla popolazione per non aumentare la leva fiscale.

Appare più probabile che verranno ulteriormente potenziati i servizi privati accreditati con il pubblico (odontoiatria *low cost*), incentivate le assicurazioni private e incrementata la motivazione dei liberi professionisti ad associarsi ed ad effettuare prevenzione primaria.

I recenti ulteriori tagli dell'assistenzialismo sanitario italiano e la tendenza in atto pongono il modello privatistico dell'odontoiatria come esempio per la gestione sanitaria futura.

Sembra che gli investimenti privati nel settore odontoiatrico (tramite l'accreditamento di grandi aziende) possano divenire un trampolino per future privatizzazioni in sanità, nella speranza dello Stato/ Regioni di attirare ingenti investimenti nel settore.

Oggi alcune aziende ospedaliere pubbliche offrono una odontoiatria *low cost* con l'intermediazione di aziende private (mettendo a disposizione di queste ultime edifici e mezzi, oltre che prenotazioni) nella probabile speranza di finanziare le strutture ospedaliere e compensare con nuove entrate i tagli del finanziamento pubblico, così come sta avvenendo in Lombardia.

9) BIBLIOGRAFIA

1) Margaret Chan - President WHO. *100th FDI Annual World Dental Congress.* Hong Kong, 29 August - 1 September 2012.
http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=6kJMaapsBXg

2) Martin Hobdell, Poul Erik Petersen, John Clarkson, Newell Johnson. *Global goals for oral health 2020.* International Dental Journal (2003) 53, 285–288

3) Petersen PE. *Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives.* Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 274–9.

4) Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres KGA, Barros FC, Hernandez PG, Maas AMN, Romano AR, Victora CG. *Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years.* Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 53–63.

5) Editorial. *Oral health: prevention is key.* The Lancet, 2009;373(9657): 1.

6) Benzian H, Hobdell M, Holmgren C, Yee R, Monse B, Barnard JT, van Palenstein Helderman W. *Political priority of global oral health: an analysis of reasons for international neglect.* Int Dent J. 2011;61:124-30

7) Oral Health Database. *Tendenze di carie per le nazioni europee*.
http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/

8) WHO. *Definition oral health*.
http://www.who.int/topics/oral_health/en/

9) C. Cislaghi, F. Giuliani. *Out of pocket sanitario nelle Regioni italiane.* Monitor 2008; 22(3 Approfondimenti sull'indagine multiscopio ISTAT salute 2005), pp. 161-177.

10) ISTAT. *Italia in cifre 2001*

11) ISTAT. *Italia in cifre 2010*

12) CENSIS. *Quale futuro per le risorse in sanità? Quale sanità dopo i tagli?* Camera dei Deputati. Roma, 2012.

13) ISTAT. *Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia Anno 2005*. Roma, 9 dicembre 2008.

14) WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion.1a Conferenza Internazionale sulla promozione della salute.* 17-21 novembre 1986.

15) WHO. *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century.* Jakarta, 21-25 July 1997.

16) WHO European Region. *The Verona Declaration on Investment for Health.* Verona, Italia, 5 - 9 luglio 2000.

17) Campus G, Solinas G, Cagetti MG, Senna A, Minelli L, Majori S, Montagna MT, Reali D, Castiglia P, Strohmenger L.

National Pathfinder survey of 12-year-old Children's Oral Health in Italy. Caries Research. 2007;41:512-7
18) D.P.R. 17 febbraio 1992 (G.U. N.128, 2 Giugno 1992). *Approvazione della tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche ed odontoiatriche.*
19) Decreto Legge "Bersani", del 4 luglio 2006, n. 223, convertito in Legge n. 248 il 4 agosto 2006.
20) Decreto Legge "Monti" 24 gennaio 2012, n. 1.
21) DPR 11 febbraio 1961, n. 264 (GU n.100 del 22-4-1961). *Disciplina dei servizi e degli organi che esercitano la loro attivita' nel campo dell'igiene e della sanita' pubblica.*
22) Rep. Atti n. 63/csr del 29 aprile 2010. *Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n . 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012.*
23) Rep. Atti n.: 53/CSR del 07/02/2013. *Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante proroga del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012.*
24) Conseil de L'Europe, Comité des Ministres, Resolution (74)6F / 27 février 1974. S*ur les methodes propres a ameliorer la sante bucco-dentaire*. Council of Europe.
25) *Conclusioni del Consiglio e dei ministri dell'istruzione riuniti in sede di Consiglio, del 27 novembre 1992, sull'educazione alla salute nelle scuole.* Gazzetta ufficiale n. C 336 del 19/12/1992 pag. 8.
26) *Risoluzione del Consiglio e dei Ministri della pubblica istruzione, riuniti in sede di Consiglio del 23 novembre 1988 sull'educazione alla salute nelle scuole.* CEE Gazzetta ufficiale n. C 003 del 05/01/1989 pagg. 1-3.
27) Health 21. *The health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series No. 6),* World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999, 56–57,60,188.
28) Ministero della Salute. *Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva.* Ott. 2008
29) Ministero della Salute. *Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta*. Dic. 2009
30) Ministero della Salute. *Linee guida per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali negli individui in età evolutiva che devono essere sottoposti a terapia chemio e/o radio.* Giu. 2010
31) Ministero della Salute. *Popolazione tossicodipendente: indicazioni per la promozione della salute orale ed interventi di prevenzione e protezione.* Gen. 2013
32) Ministero della Salute. *Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva.* Dic. 2012.
33) European Commission, Health and consumer protection. Directorate General. EGOHID. *European Global Oral Health Indicators Development - Phase II.*
34) Rep. Atti n.: 225/CSR del 22/11/2012. *Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2012.*
35) Malmö University. *Significant Caries Index*. Oral Health Database.
http://www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices/for-Caries-prevalence/Significant-Caries-Index/
36) Ministero Salute. *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, Anno 2010*. Pubblicazione del Febbraio 2013.
37) Ministero Salute. *Censimento assistenza odontoiatrica anno 2006*.
38) Laura Strohmenger, Roberto Ferro. *Odontoiatria di Comunità.* 2003, Masson S.p.A.
39) Il Dentale. *Gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri superano quota 58 mila, ma calano ancora le iscrizioni rispetto al 2011* (lunedì 11 Febbraio 2013).
http://www.ildentale.it/notizia.aspx?id=2797
40) Attilio Gugiatti, Francesco Longo. *L'assistenza odontoiatrica in Italia: analisi del settore e possibili traiettorie di evoluzione.* Mecosan 69 (2009):pp 113-127
41) ISTAT. *Popolazione residente al 1° Gennaio 2011*.
http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPSTRRES1&Lang=
42) CENSIS. *La qualità dell'assistenza odontoiatrica privata in Italia*. 2003.
43) Francesco Longo. *Concentrazione dell'offerta e della domanda in odontoiatria.* CERGAS Bocconi 2010.
44) ENPAM. *Annuario statistico 2010.* (pubblicazione del Luglio 2012).
45) Mariño RJ, Khan AR, Morgan M. *Systematic Review of Publications on Economic Evaluations of Caries Prevention Programs.* Caries Res. 2013 Feb 12;47(4):265-272.